

Priorisointi tieteilijöiden näkökulmasta

Oslossa järjestettiin syyskuussa neljäs terveydenhuollon priorisointia käsittelevä kongressi, International Conference on Priorities in Health Care. Aiemmat samanaiheiset kongressit on järjestetty kahden vuoden välein Tukholmassa, Lontoossa ja Amsterdamissa. Tällä kertaa kokouksessa oli 300 osallistujaa 71 maasta. Suurin osa osallistujista oli tutkijoita ja terveydenhuollon hallinnossa työskenteleviä henkilöitä. Kongressista sai sellaisen kuvan, että priorisoinnin tutkijayhteisö on siirtynyt teknisten ratkaisujen etsimisestä yhä enemmän kohti arvojen ja oikeudenmukaisten päätöksentekoprosessien tutkimusta.

Kongressin aihe on Suomessa varsin ajankohtainen nyt, kun julkisuudessa on noussut esiin HUS:n tämän ja seuraavan vuoden budjetti ja siihen liittyvä säännöstely. Uutta Suomen tilanteessa on se, että ongelma (kaikkeaa voitavaa ei tehdä ja potilaat saivat parempaa hoitoa, mikäli rahaa olisi enemmän) tehdään julkisuudessa näin selväksi. Julkisessa keskustelussa ei ole kuitenkaan vielä tullut ilmi, kuka päätöksiä tekee, millä perusteella ja kuka niistä on vastuussa. Uudehko käänne ovat olleet myös lukuisat riittämätöntä hoitoa koskevat valitukset hallinto-oikeuksissa.

Kongressissa tuotiin esille priorisoinnin poliittisuus – ”setting priorities is political”. Tästä puhui mm. englantilainen terveydenhuollon tutkija Chris Ham. Kongressissa korostuikin, että priorisoinnin tärkeimmät komponentit ovat politiikka ja etiikka. Avauspuheenvuorossaan järjestelykomitean puheenjohtaja Stein Evansen valitteli, että poliitikot puuttuvat kongressin osallistujien joukosta. Tiedeyhteisö tuntuu ajattelevan, että poliitikkojen ja tieteenkijöiden välinen vuoropuhelu ja luottamus ei ole paras mahdollinen. Paikalle oli kuitenkin saatu ainakin yksi poliitikko, Inge Lonningen, joka on Norjan legendaaristen priorisointiraporttien tekijä. Nykyään hän on Norjan parlamentin varapuheenjohtaja.

Lonningen esitys kongressin aluksi oli varsin räväkkä. Hänen mukaansa Norjan isoin ongelma on se, että yhteiskunta on voideltu öljyllä. Kansalaisille on vaikea perustella, miksi jotain toimenpiteitä ei anneta, kun koetaan, että rahaa on olemassa riittävästi. Lonningenin mukaan on harhaluulo ajatella, että rahalla voi-

taisiin parantaa Norjan terveydenhuoltoa. Kansanterveyttä tuskin voidaan merkittävästi kohentaa lisäkruunuilla. Ennen kuin terveydenhuollon ongelmia ratkaistaan, pitää miettiä, voidaanko niihin edes saada kestävä ratkaisua rahalla. Rahaa ei pidä käyttää ratkaisuksi vain sen takia, että sitä sattuu olemaan.

Lonningenin mukaan potilaan oikeuksia käytetään väärin, kun sen varjolla vaaditaan mikä tahansa hoito annettavaksi. Muissakin esityksissä tuli esiin, että kansalaisen subjektiivinen oikeus rajoittamattomaan terveydenhuoltoon onkin käytännössä hyvin ongelmallinen. Terveydenhuollon kasvua verrattiin jopa syöpäkasvaimen ja yhdeksi ratkaisuksi esitettiin kestävä lääketiedettä – kestävä kehityksen tapaan – jossa teknologian kehitys ei olisi itseisarvo.

Suuri osa tämän hetkisestä priorisointitutkimuksesta keskittyy asenteiden, arvojen sekä priorisointikriteereiden kartoittamisen menetelmiin ja makrotason päätöksenteon kuvailuun. Keskeinen kysymys on, kenen pitäisi päättää ja millä perusteilla. On myös tutkittu, minkälaiset terveysongelmat nousevat prioriteettien kärkeen eri menetelmiä käytettäessä. Termit eivät ole vielä selkiytyneet. Kongressissa käytettiin enemmän ja vähemmän samasta konseptista termejä ”prioritisation”, ”rationing” ja ”priority setting”.

Kehitysmaat olivat näyttävästi esillä kongressissa ja huomattavasti enemmän kuin kaksi vuotta sitten Amsterdamissa. Norjan ulkoministeriö oli maksanut 40 kehitysmaista tulevaa tutkijaa kongressiin. Länsimaisetkin tutkijat olivat kiinnostuneita priorisoinnista kehitysmaissa, joissa se on välttämättömyyden edessä hyväksyttävämpää kuin länsimaissa.

HUOMIO PÄÄTÖKSENTEKO-PROSESSIIN

Nyt ollaan lopullisesti luovuttu siitä ajatuksesta, että olisi mahdollista arvottaa hoidot puhtaasti teknisin perustein kuten Oregonissa Yhdysvalloissa. Kun ei ole konsensusta priorisoinnin periaatteista, puhumattaakaan niiden operationalisoinnista, tulee huomio kohdistaa itse päätöksentekoprosessiin. Kongressin näkyvin käsite olikin Danielin ja Sabinin legitiimin priorisointiprosessin määritelmäksi lanseeraama Accountability for reasonables (AFR). Siihen sisältyy neljä komponenttia: julkisuus (publicity), merkityksellisyys (relevance), korjattavuus (revisability) ja toimeenpano (enforcement). Merkityksellisyydellä tarkoitetaan sitä, että päätöksiä perusteet ovat yleisesti hyväksyttäviä, oikeudenmukaisia ja järkeviä käytössä olevien resurssien puitteissa. Korjattavuudessa tärkeätä on, että tehty virheet voidaan oikaista ja kansalaiset (ja potilaat) voivat kyseenalaista päätökset. Danielin mukaan demokratia on ainoa vaihtoehto eteenpäin, vaikka sen kautta ulkopuolisten toimijoiden, kuten lääketeollisuuden, vaikuttaminen voi entisestään helpottua.

AFR-konsepti ei siis määrittele sitä, kuka päätökset tekee tai mitä menetelmää niiden tekemiseen käytetään. Eikä se myöskään vaadi ehdotonta eksplisiittisyyttä, vaikkakin puhtaan implisiittisen päätöksenteon se rajaa ulos. AFR-konseptiin viitattiin useassa esityksessä ja Chris Hammin loppupuheenvuorossakin se mainittiin yhdeksi tärkeimmistä uusista kehityskuluista.

KANSALAISTEN OSALLISTUMINEN

Useassa esityksessä tuli esiin kansalaisten ottaminen mukaan päätöksentekoon. Sen esitettiin parantavan läpinäkyvyyttä, ja se voisi olla yksi keino ottaa päätöksentekoon mukaan vaikeasti mitattavia arvoja. Esimerkiksi englantilaisen tutkimuksen mukaan kansalaiset pitäisivät omaa osallistumistaan positiivisena, mutta ammattilaiset epäilevät sen onnistumista.

Ruotsissa on pilottiprojektina koekeltu kaksipäiväisen kansalaispaneelin (citizen jury) käyttämistä makrotason priorisointipäätöksen-

teon tukena. Kokeilun paneelissa oli yhdeksän jäsentä, joilla oli mahdollisuus kutsua "todistajia" kuultavaksi. Todistajat olivat potilaita ja asiantuntijoita, joiden lausunnot olivat osin ristiriitaisia. Paneelin jäsenet oli valittu sattumanvaraisesti maakuntakäräjien kokoamasta suuremmasta ryhmästä kansalaisia. Paneelille annettiin ratkaistavaksi jokin eksplisiittinen priorisointikysymys. Poliitikot pystyivät seuraamaan paneelin toimintaa tv:n välityksellä. Poliitikoiden mukaan prosessin seuraamisella oli tärkeämpi merkitys kuin itse lopullisella päätöksellä, jota poliitikot pitivät hankalana toteuttaa. Tutkijat pitivät tärkeänä sitä, että todistajiksi valitaan tasapuolisesti sekä asiantuntijoita että potilaita.

Ruotsissa on kokeiltu myös toisenlaista mallia kansalaisten kuulemiseksi. Eräässä kunnassa on lähetetty vuosittain yhdelle prosentille asukkaista kysely, jossa on tiedusteltu priorisointiin liittyviä yleisiä kysymyksiä, kuten arvostuksia. Kyselyn jälkeen osallistuneille on järjestetty tilaisuus, jossa tuloksista on keskusteltu. Menetelmä on todettu hyväksi keinoksi herättää keskustelua.

Lisäksi kongressissa esiteltiin muutamia menetelmiä kansalaisten arvostusten kvantifioimiseksi. On kuitenkin tarpeen todeta, että näissä menetelmissä on vielä paljon kehitettävää ja niiden liian orjallinen noudattaminen ei välttämättä johda laadukkaaseen päätöksentekoon.

MAKROTASOLLA

Tutkimustietoa makrotason päätöksenteosta ei juurikaan ole, mutta kongressissa kuvailtiin muutamia yrityksiä makrotason priorisoinnin tukemiseksi.

WHO on rakentanut mallin, jolla on tarkoitus helpottaa eri interventioiden kustannustehokkuuden arviointia (WHO-CHOICE). Ideana on, että maailma jaetaan 14 eri alueeseen, joista kustakin kerätään tietoa interventioiden kustannustehokkuuksista. Tämän tiedon avulla voidaan luoda malli, jonka avulla kyetään määrittelemään tehokkain interventio-kombinaatio käytettävissä olevilla resursseilla tietyllä alueella. Vielä tällä hetkellä menetelmä taitaa olla pääosin idean asteella.

Ruotsissa on perustettu viime

vuonna priorisointikeskus, National Centre for Priority Setting in Health Care. Perustajia ovat valtionhallinto ja Landstinget i Östergötland. Keskuksen tarkoituksena ei ole itse priorisointi, vaan priorisointikeskustelun tukeminen, verkostojen luonti päätöksentekijöiden välille, tiedon tuottaminen sekä päättäjien koulutus. Myöskin Svenska Läkaresällskapet on kantanut kortensa kekoon perustamalla pysyvän priorisointikomitean. Sen tarkoituksena on toimia keskustelun katalysaattorina ja tukea horisontaalista priorisointia. Komitean käytännön toiminta tapahtuu kolmessa eri vaiheessa, jotka ovat asiantuntijoiden ja poliitikkojen kuuleminen ja haastatteleminen, vertikaalisten priorisointiehtodusten kerääminen erikoisalayhdistyksiltä ja kolmantena horisontaalisten priorisointiehtodusten tekeminen. Kolmanteen vaiheeseen ei ole vielä päästy.

Terveystaloudellisia ratkaisumalleja sivuttiin monessa esityksessä, mutta harvassa niitä käsiteltiin pääasiana. Kuopion yliopiston tutkijat esittelivät bayesilaisen tilastoanalyysimenetelmän käyttöä ennustettaessa yksittäisen potilaan hoitovaihtoehtojen kustannustehokkuutta. Hollantilainen Brower piti pohdiskelevan esityksen terveystaloustieteen roolista. Hän näkemyksensä mukaan päättäjien on vaikea hyödyntää terveystaloustieteen tuloksia, koska jokainen dollari ei ole samanarvoinen. Arvoon vaikuttaa mm. se, kenen taskusta kyseinen dollari tulee. Myöskään jokainen QALY (quality adjusted life year eli laatu-painotettujen elinvuosi) ei ole samanarvoinen, kun huomioon pitää ottaa myös oikeudenmukaisuus, ikä, tarve, sairauden laatu ja potilaan varallisuus. QALYja ja dollareita pitäisikin jotenkin painottaa näiden tekijöiden mukaan. Brower pohdiskeli myös mielenkiintoisesti sitä, kuinka laajalti kustannuksia pitää ottaa huomioon. Esimerkiksi statiineilla voidaan ehkäistä sydäntapahtumia, mutta myöhemmin potilas voi esimerkiksi kuolla syöpään tai sairastua demensiaan, joiden hoito voilla olla hyvin kalliista. Näin QALYjen todellinen hinta tulee huomattavasti kalliimmaksi kuin pelkät statinit ja koronaaritaudin muu hoito. Mutta toisaalta johonkin raja on vedettävä. Kaikkia seuraamuksia ei voida ottaa huomioon.

SÄÄNNÖSTELYÄ SAIRAALASSA

Sairaalassa tapahtuvasta päätöksenteosta oli empiiristä tutkimusta jo sitten enemmän. Muutama esitys käsittelee priorisoinnin käytännön arviointiprosessia kanadalaisissa sairaaloissa. Aineisto koostuu kirjallisuudesta sekä haastattelu- ja havainnointimateriaalista. Käytännön päätöksentekoa verrattiin AFR-kriteereihin ja tulokseksi saatiin useita kehittämisohdotuksia. Esimerkiksi priorisoinnin johdonmukaisuudessa havaittiin ongelmia. Myöskään korjattavuus (revisability) -kriteerin toteuttaminen ei ollut helppoa. Tutkituissa systeemeissä kansalaisilla ei ollut mahdollisuutta valittaa päätöksistä juuri muuten kuin median kautta. Parannusta tilanteeseen toisi kansalaisten mahdollisuus saada tietoa päätösten perusteluista ja käydä suoraa keskustelua todellisten päätöksentekijöiden kanssa.

Leikkauspotilaiden priorisointiin on Uudessa Seelannissa käytetty CPAC-arviointimenetelmää. Se perustuu potilaiden pisteyttämiseen heidän käydessään leikkausarviossa. Julkisuudessa menetelmää ei oltu merkittävästi kritisoitu ja useimmat potilaat olivat siihen tyytyväisiä. Järjestelmän toteutuminen ei kuitenkaan ollut ongelmatonta: tiedonkulku eri toimijoiden välillä ei toiminut ja lääkärin leikkauspäätöksiin vaikuttivat merkittävästi muutkin tekijät kuin pistemäärä (esim. potilaan painostus). Kun esimerkiksi sydänkirurgian säännöstelyn käytäntöä tutkittiin, havaittiin säännöstelyn taustalla olevan paljon muitakin kuin puhtaasti lääketieteellisiä syitä: kirurgista riippuvat tekijät (esim. kiire, osaamistaso ja frustraatio), potilaasta riippuvat tekijät (esim. elämäntapa ja perhetilanne) ja laitoksesta riippuvat tekijät (esim. resursit). AFR-kriteerien täyttyminen ei ollut myöskään kovin onnistunutta.

Norjalainen sosiologian professori **Album** esitti mielenkiintoisen tutkimuksen sairauksien arvostuksesta (prestige). Tutkimus oli toteutettu samaan metodiikkaan nojaten jolla sosiologiassa on tutkittu esimerkiksi ammattien arvostusta. Hän oli sairaaloissa toimivien lääkäreiden keskuudessa kartoittanut, kuinka tärkeiksi lääkärit eri sairaudet arvottivat. Oletettavasti nämä arvostukset voivat olla ristiriidassa normatiivis-

ten arvojen kanssa ja ne ovat yksi implisiittinen tekijä priorisointipäätösten takana. Lääkärit pisteyttivät 38 sairautta yksi kerrallaan asteikolla 1–9. Korkeimmin arvostettuja olivat sairaudet, jotka olivat hengenvaarallisia ja akuutteja, joihin tyypillisesti sairastuvat potilaat olivat nuoria ja elämäntavoiltaan ”hyväksyttävä”, sekä ne sairaudet, joihin oli olemassa hyvä hoito. Hyvänä esimerkkinä näistä olivat leukemiat ja sydäninfarkti. Myös sairaudet, joiden hoitamisessa voidaan käyttää korkeaa teknologiaa, olivat arvostettuja. Psykkiset sairaudet kuten anoreksia, skitsofrenia ja masennus saivat osakseen vähiten arvostusta.

Kongressin loppupuheenvuorossa Chris Ham kuvaili priorisointitutkimuksen kolmea eri kehitysvaihetta seuraavasti: 1) menetelmät eksplisiittiseksi priorisoinniksi makrotasolla perustuen teknisiin ratkaisuihin, 2) päätöksentekoprosessin laadun ja arvojen tutkimus, 3) ”a synthesis beyond simple dichotomies”. Viimeisellä vaiheella hän tarkoitti nykyvaihetta. Sitä kuvaa epidemiologisen ja interventioiden vaikuttavuutta koskevan datan tarve, vahvojen instituutioiden ja prosessien tarve, sekä asiantuntijoiden että kansalaisten osallistumisen korostaminen, eksplisiittinen päätöksenteko makro- ja mesotasolla, AFR-kriteereihin nojaaminen, sekä hoitosuosittelun rooli.

Kirjoittaja

LAURI VUORENKOSKI
LT
tutkija, Stakes